

Bitte zurücksenden an:

Bezirk Oberfranken
Sozialverwaltung
Postfach 10 11 52
95411 Bayreuth

**Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem
Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)
Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)
Bundesversorgungsgesetz (BVG)**

Angaben zur Leistung

gewünschte Leistung	
Beginn der Leistung	
Name der Einrichtung/des Anbieters	
Bei Aufnahme im Alten-/Pflegeheim	Die Aufnahme erfolgt im Einzelzimmer Doppelzimmer
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Persönliche Angaben

	zur nachfragenden Person		zum Ehegatten (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend) zum Lebenspartner (bei Platzmangel bitte Extrablatt verwenden)	
Vorname				
Nachname				
Geburtsname ggf. früherer Name				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Geburtsland				
ggf. Sterbedatum/-ort				
Staatsangehörigkeit (bei Ausländern bitte aufenthaltsrechtlichen Status und Passkopie ¹ beifügen)	deutsch	andere:	deutsch	andere:

¹ nicht relevante Daten wie Größe oder Augenfarbe können abgedeckt oder auf der Kopie geschwärzt werden.

Persönliche Angaben

Familienstand	ledig verheiratet verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden getrennt lebend	ledig verheiratet verwitwet eingetragene Lebenspartnerschaft geschieden getrennt lebend
Telefon (freiwillige Angabe)		
E-Mail (freiwillige Angabe)		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		
zuletzt ausgeübter Beruf		
Arbeitgeber		
Rentenversicherung (bitte aktuellen Versicherungsverlauf beifügen)		

Angaben zur Krankenversicherung der nachfragenden Person

Krankenversichert als	Pflichtmitglied privates Mitglied Rentner Rentenantragsteller versichert über Sozialhilfeträger familienversichert freiwilliges Mitglied
Monatsbeitrag	
Name der Krankenkasse	
PLZ, Ort	
Krankenversicherungsnummer	
Wenn derzeit nicht krankenversichert, Mitgliedschaft zuletzt bei folgender Krankenkasse	

Angaben zur Betreuung / Bevollmächtigung

Betreuung (bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)	ja nein Wirkungskreis: Alle Wirkungskreise Vermögenssorge Gesundheitsfürsorge Vertretung vor Behörden Sonstiges
Bevollmächtigung (bitte Kopie der Vollmacht beifügen)	ja nein
Vor- und Nachname	
Straße und Hausnummer	

Angaben zur Betreuung / Bevollmächtigung

PLZ, Wohnort	
Telefon (freiwillige Angabe)	
FaX (freiwillige Angabe)	
E-Mail (freiwillige Angabe)	

Wohnverhältnisse der nachfragenden Person

(Vor Aufnahme in eine stationäre Einrichtung/besondere Wohnform oder zum betreuten Wohnen sofern die Übernahme von Unterkunftskosten beantragt wird, bitte Beiblatt ausfüllen.)

Art der Unterkunft	Mietwohnung	Haus/Eigentumswohnung
Miete monatlich (ohne Nebenkosten)		
kalte Nebenkosten (z. B. Wassergeld, Abwasser- und Abfallbeseitigung – bitte belegen)		
Heizkosten monatlich		
Die bisherige Wohnung wurde gekündigt am:		zum: <input type="text"/>
freies Wohnrecht oder Nießbrauch	ja	nein

Angaben zu den Angehörigen (Kinder, Eltern)

(auch die Personen angeben, die bereits verstorben sind)

	Angehöriger 1	Angehöriger 2	Angehöriger 3
Vorname			
Nachname			
ggf. Geburtsname (freiwillige Angabe)			
Geburtsdatum/-ort			
ggf. Sterbedatum/-ort			
Familienstand (freiwillige Angabe)			
Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person			
mit der nachfragenden Person in Haushaltsgemeinschaft lebend	ja nein	ja nein	ja nein
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Beruf/derzeitige Tätigkeit			
Selbstständigkeit	ja nein	ja nein	ja nein
wenn nein, Arbeitgeber			
Einkommen (Summe der Einkünfte lt. Einkommensteuer-Bescheid)	unter 100 000 € über 100 000 € nicht bekannt	unter 100 000 € über 100 000 € nicht bekannt	unter 100 000 € über 100 000 € nicht bekannt

Angaben zu früheren Ehegatten / Lebenspartner

Soweit die Ehe mit dem auf S. 1 angegebenen Ehegatten geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde bzw. die Ehegatten getrennt leben. (Regelung über Unterhalt/Sorgerecht bitte beifügen!)			
Urteil des Land-/Familiengerichts in			
vom		Aktenzeichen	
weitere Ehegatten der nachfragenden Person			
Vor- und Nachname			
Geburtsdatum/-ort			
ggf. Sterbedatum/-ort			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			

Sonstige Angaben zur nachfragenden Person

Beihilfeanspruch der nachfragenden Person, des Ehegatten oder der Eltern (aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)		ja	nein
Beihilfeberechtigter			
Beihilfe gewährende Stelle			
dauernde Behinderung, Krankheit besteht ²		ja	nein
Bezeichnung der Krankheit ²			
Voll/teilweise erwerbsgemindert seit ² (bitte Entscheidung der gesetzlichen Rentenversicherung beifügen, nur für Antragsteller unter der Regelsaltergrenze)			
Ursache ² (z. B. angeborene Behinderung, Unfall, Impfschaden, Berufskrankheit usw.)			
ggf. Grad der Behinderung ² (Bitte Kopie beifügen)		festgestellt vom Zentrum Bayern Familie und Soziales (Versorgungsamt)	
Besteht Blindheit? ²		ja	nein
Wurde ein Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt? ² (ggf. bitte Kopie des Bescheides der Pflegekasse und des MdK-Gutachtens beifügen)		ja	nein
Werden jetzt oder wurden bereits früher Sozialleistungen/Kriegsopferfürsorge bezogen? (Bitte Kopie des Bescheides beifügen!)		ja	nein
vom		bis	
Name der Behörde			
Leistungsart			
Wurden Anträge auf sonstige Sozialleistungen gestellt? (z. B. Renten, Kindergeld, Blindengeld, Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Wohngeld, Krankengeld, Landespflegegeld, Familiengeld, Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz)		ja	nein
Datum		Behörde	Aktenzeichen
Datum		Behörde	Aktenzeichen
Datum		Behörde	Aktenzeichen

² Die erhobenen Gesundheitsdaten werden zur Prüfung vorrangiger Leistungsansprüche ggf. an Dritte weitergegeben.
Siehe hierzu Hinweise Seite 11.

Sonstige Angaben zur nachfragenden Person

Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt? (bitte Bescheide in Kopie beifügen)	ja	nein
---	----	------

Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) einschließlich Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG) und Opferentschädigungsgesetz (OEG) (Nachweise wie BVG-Rentenbescheid, Sterbeurkunde beifügen)

Hat die nachfragende Person oder haben Angehörige Schädigungen erlitten? ² (ggf. bitte Bescheid des Zentrum Bayern Familie und Soziales (Versorgungsamt) beifügen)	nein ja, und zwar durch Kriegseinwirkung im militärischen Dienst der Bundeswehr bei Ausübung des Zivildienstes durch einen vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriff (Gewalttat)
Sind Angehörige der Person, für die Leistungen beantragt werden, aufgrund nebenstehender Ereignisse verstorben? ² (ggf. bitte Bescheid des Versorgungsamtes beifügen)	nein ja, und zwar der Ehegatte ein Elternteil ein Kind durch Kriegseinwirkung gefallen/ vermisst am Kriegsleiden verstorben im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorben bei Ausübung des Zivildienstes verstorben durch eine Gewalttat verstorben
Vor- und Nachname des Verstorbenen	
Geburtsdatum	
Sterbedatum	

Angaben zu den Aufenthaltsverhältnissen vor Aufnahme in die Einrichtung

Datum des Heimeintritts/der Aufnahme in eine besondere Wohnform/Beginn des Betreuten Wohnens	
Aufenthalt in den letzten 6 Monaten vor Heimeintritt/der Aufnahme in eine besondere Wohnform/Beginn des Betreuten Wohnens (für weitere Erklärungen bitte ggf. Beiblatt verwenden)	
1	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
	Straße, Hausnummer <input type="text"/>
	PLZ, Ort <input type="text"/>
	eigene Wohnung/Haus Betreutes (Senioren-)Wohnen Krankenhaus JVA
	Sonstiges <input type="text"/>

² Die erhobenen Gesundheitsdaten werden zur Prüfung vorrangiger Leistungsansprüche ggf. an Dritte weitergegeben.
Siehe hierzu Hinweise Seite 11.

Angaben zu den Aufenthaltsverhältnissen vor Aufnahme in die Einrichtung

2	von		bis		
	Straße, Hausnummer				
	PLZ, Ort				
	eigene Wohnung/Haus		Betreutes (Senioren-)Wohnen	Krankenhaus	JVA
	Sonstiges				
3	von		bis		
	Straße, Hausnummer				
	PLZ, Ort				
	eigene Wohnung/Haus		Betreutes (Senioren-)Wohnen	Krankenhaus	JVA
	Sonstiges				
bei Übertritt aus dem Ausland					
Datum des Grenzübertritts					
Ort des Grenzübertritts					

Angaben zu den Einkommensverhältnissen (bitte jeweils belegen!)

	Einkommensart ³ (alle Einkünfte sind anzugeben und zu belegen)	Arbeitgeber bzw. zahlende Stellen (z. B. Krankenkasse, Rententräger, Akten- bzw. Rentenzeichen)	monatliches Nettoeinkommen
Person, für die Hilfe beantragt wird (nachfragende Person)			
Ehegatte/Lebenspartner			
Falls kein Einkommen, wovon wurde zuletzt der Lebensunterhalt bestritten?			

³ **Beispielhafte Einkommensarten**

Altersrente/Landw. Altersgeld	Blindengeld	Landespflegegeld	Übergangsgeld
Arbeitnehmertätigkeit	Erwerbsminderungsrente	Mieteinnahmen	Unfallrente (...%)
Arbeitslosengeld I	Familiengeld	Pachteinnahmen	Unterhalt
Arbeitslosengeld II (Hartz IV)	Grundsicherung	Pension/BVG-Rente	Waisenrente
BAFöG	Hilfe zum Lebensunterhalt	Rente aus privater Versicherung	Witwenrente
Berufsausbildungsbeihilfe	Kindergeld	Selbständige Tätigkeit	Wohngeld
Betriebsrente/Zusatzrente	Krankengeld	Überbrückungsgeld	Zinsen

Vom Einkommen absetzbare Beiträge und Belastungen

(Nachweise bitte alle beifügen!) z. B. Versicherungen, Fahrtkosten zur Arbeitsstelle etc.

Vor- und Nachname der Person (Einkommensbezieher)	Bezeichnung der Ausgabe	Betrag in EUR (monatlich)

Vermögenswerte (Belege sind beizufügen)

	Nachfragende Person		Ehegatten / Lebenspartner			
	ja	nein	ja	nein		
Spar- und Bankguthaben (bitte lückenlose Kontoauszüge der letzten drei Monate für sämtliche Konten in Kopie beifügen ⁴)	ja	nein	ja	nein		
Bankinstitut						
IBAN						
Kontostand						
Bankinstitut						
IBAN						
Kontostand						
Bankinstitut						
IBAN						
Kontostand						
Bargeld	ja, i.H.v:		nein	ja, i.H.v:		nein
Sterbeversicherung (Versicherungsschein in Kopie beifügen)	ja	nein	ja	nein		
Name der Versicherung						
PLZ, Ort						
Versicherungsnummer						
Begünstigter						
Bestattungsvorsorgevertrag (Vertrag in Kopie beifügen)	ja	nein	ja	nein		
Name Vertragspartner						
PLZ, Ort						
Vertragsnummer						
Begünstigter						

⁴ Schwärzung von Angaben: siehe hierzu unsere Hinweise Seite 11.

Vermögenswerte (Belege sind beizufügen)

	Nachfragende Person	Ehegatten / Lebenspartner
Lebensversicherung (bitte Versicherungsschein in Kopie beifügen)	ja nein	ja nein
Name der Gesellschaft		
PLZ, Ort		
Versicherungsnummer		
Begünstigter		
Aktueller Rückkaufswert (bei Hilfebeginn) (Nachweis beifügen)		
Rentenversicherung/(staatl. geförderte) Betriebsrente (bitte Versicherungsschein in Kopie beifügen)	ja nein	ja nein
Name der Gesellschaft		
PLZ, Ort		
Versicherungsnummer		
Begünstigter		
Aktueller Rückkaufswert (bei Hilfebeginn) (bitte Nachweis beifügen)		
(staatl. geförderte) Pflegezusatzversicherung (bitte Versicherungsschein in Kopie beifügen)	ja nein	ja nein
Name der Gesellschaft		
Versicherungsnummer		
Haus- und Grundbesitz	ja nein	ja nein
Lage		
Art (z. B. Wohnhaus)		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
sonstige Vermögenswerte (ggf. bitte genaue Beschreibung, Höhe, Erläuterung auf gesondertem Blatt)	Ich verfüge über Wertpapiere (Aktien, Fonds usw.) Bausparverträge Kautionsguthaben Kraftfahrzeug(e) eine wertvolle Sammlung Schmuck, Bilder usw. Edelmetall (Gold, Silber usw.) Sonstiges Ich verfüge über keine sonstigen Vermögenswerte	Ich verfüge über Wertpapiere (Aktien, Fonds usw.) Bausparverträge Kautionsguthaben Kraftfahrzeug(e) eine wertvolle Sammlung Schmuck, Bilder usw. Edelmetall (Gold, Silber usw.) Sonstiges Ich verfüge über keine sonstigen Vermögenswerte

Vermögenswerte (Belege sind beizufügen)

	Nachfragende Person	Ehegatten / Lebenspartner
Bestehen zu einem der sonstigen Vermögenswerte Begünstigungen, Abtretungen oder Bezugsrechte? (ggf. bitte Nachweise beifügen)		
vertraglich gesicherte Ansprüche (bitte eine Kopie des entsprechenden Vertrages beifügen)	Ich habe keine vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte	Ich habe keine vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte
	Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege, Erbansprüche, Schadensersatz, Darlehensrückzahlungen etc.)	Ich habe folgende vertraglich gesicherte Ansprüche (z. B. Wohnrecht, Anspruch auf Wart und Pflege, Erbansprüche, Schadensersatz, Darlehensrückzahlungen etc.)
Weitere Ansprüche (bitte Kopie entsprechend beifügen)	Ich habe keine weiteren Ansprüche gegen Dritte	Ich habe keine weiteren Ansprüche gegen Dritte
	Ich habe folgende weitere Ansprüche (z. B. Ansprüche aus Erbschaften, Pflichtteilsansprüche usw.)	Ich habe folgende weitere Ansprüche (z. B. Ansprüche aus Erbschaften, Pflichtteilsansprüche usw.)

Angaben zu Schulden (bitte durch geeignete Unterlagen belegen)

Vor- und Nachname des Gläubigers	Grund der Schuldaufnahme	Datum der Schuldaufnahme	derzeitige Restschulden in EUR	Zinsen mtl. in EUR	Tilgung, Raten mtl. in EUR

Angaben zu Insolvenzverfahren

Wurde ein Insolvenzverfahren beantragt oder eröffnet?	ja, am		Gericht	
		Aktenzeichen		
	nein			

Vermögensabgabe / Schenkungen

Wurden in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit Vermögenswerte veräußert, übergeben oder verschenkt? (z. B. Haus- oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.)	ja nein
Datum	
Höhe	
Art	
Vor- und Nachname des Empfängers	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Grund/Anlass (Verträge, notarielle Urkunden beilegen)	

Angaben zur Bankverbindung (Geldleistungen können auf folgendes Konto überwiesen werden)

Kontoinhaber	
Geldinstitut	
IBAN	
BIC	

Sonstige ergänzende Angaben

--

Erklärungen des (der) Antragsteller(in) und des (der) Ehegatten(in)/Lebenspartner(in)

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Sozialleistungen zurückzahlen muss.

Mir ist bekannt, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete (z. B. auf Unterhalt) auf den Bezirk Oberfranken übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z. B. auf Rente, Arbeitslosengeld, Wohngeld, Krankengeld) geltend gemacht werden können. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse (auch von Haushaltsangehörigen) sowie eine vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort (insbesondere Auslandsaufenthalte) unverzüglich und unaufgefordert dem Bezirk Oberfranken mitzuteilen habe.

Die Aufnahme jeder Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit usw. werde ich vor Aufnahme der Arbeit ebenfalls sofort anzeigen.

Ich bin damit einverstanden, dass zur Prüfung des Antrages auf Gewährung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) und Zwölftes Buch (SGB XII), bzw. Bundesversorgungsgesetz (BVG) die hierfür relevanten (Antrags-) Unterlagen dem Träger der Hilfe weitergeleitet werden dürfen.⁵

Zur Durchführung einer Teilhabepflichtkonferenz erteile ich die Einwilligung, dass im Rahmen der Teilhabepflichtkonferenz Sozialdaten verarbeitet werden, deren Erforderlichkeit für die Erstellung des Teilhabepflichtplans zum Zeitpunkt der Durchführung der Teilhabepflichtkonferenz nicht abschließend bewertet werden kann (§ 23 SGB IX).⁵

Im Falle meiner Heimunterbringung/Unterbringung in einer besonderen Wohnform bin ich damit einverstanden, dass mir die Heimverwaltung/der Träger der besonderen Wohnform in allen Fragen der Leistungsgewährung behilflich ist. Insofern kann sich der Bezirk Oberfranken auch direkt mit der Heimverwaltung/dem Träger der besonderen Wohnform in Verbindung setzen, um Daten bei mir erheben zu lassen (z.B. Höhe des Verwahrgeldes).⁵

Meine Angaben können ggf. durch einen Kontoabruf beim Bundeszentralamt für Steuern gem. § 93 Abs. 8 i. V. m. § 93b Abgabenordnung überprüft werden.

Soweit die Voraussetzungen für die Gewährung von Kriegsofopferfürsorge erfüllt sind, wird diese hiermit beantragt und die Einwilligung nach § 54 Abs. 2 KFÜrsV erteilt.

Hinweise

Werden Kontoauszüge vorgelegt, dürfen bei Ausgaben (nicht jedoch bei Einnahmen) Verwendungszweck und Empfänger einer Überweisung (nicht aber deren Höhe) geschwärzt werden, wenn es sich um besondere Kategorien personenbezogener Daten (Art. 9 Abs. 1 Datenschutz-Grundverordnung) handelt. Dies sind Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, ferner genetische Daten, biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten sowie Daten zum Sexualleben oder zur sexuellen Orientierung einer natürlichen Person.

Sofern die *erhobenen* Gesundheitsdaten (z. B. Arztberichte, Gutachten, etc.) im Rahmen einer gutachterlichen/medizinischen Stellungnahme an Dritte (z. B. Sachverständigen, etc.) weitergeleitet werden, erfolgt dies im verschlossenen Umschlag zur ausschließlichen Kenntnisnahme durch den Dritten (Art. 9 Abs. 2 Datenschutz-Grundverordnung)

Bitte beachten Sie, dass Sozialhilfe nicht für Zeiträume vor Kenntnis von der Notlage erbracht wird.

Ort, Datum

Unterschrift der
nachfragenden Person

Unterschrift Betreuer/
gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Ehegatte/
Lebenspartner

Unterschrift Betreuer/
gesetzlicher Vertreter

⁵ Die jeweilige Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass die Verweigerung oder der Widerruf der Einwilligung zur Folge haben kann, dass die beantragten oder bereits bewilligten Sozialleistungen wegen fehlender Mitwirkung versagt oder entzogen werden können (§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB I, § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Bestätigung der Behörde

Der Antrag auf Leistung ist hier am		aufgenommen worden. eingegangen.
Damit wurde hier bekannt, dass ggf. die Voraussetzungen für die beantragten Leistungen vorliegen. Die einschlägigen Nachweise wurden – soweit sie nicht beiliegen – eingesehen.		
Urschriftlich mit		Belegen am
an		
weitergeleitet mit folgender Stellungnahme – ggf. gesondertes Blatt verwenden		

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
Behörde

Hinweise gemäß Art. 13, 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Verantwortlicher i. S. d. DSGVO:

Bezirk Oberfranken

Cottenbacher Straße 23

95445 Bayreuth

Telefon: 0921 7846-0

E-Mail: datenschutz@bezirk-oberfranken.de

Die von Ihnen gem. § 67a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Die Datenverarbeitung und -nutzung erfolgt nach den Vorschriften der §§ 67 ff. SGB X i.V.m. Art. 6 Abs. 1 UAbs. 1 Buchst. a), c) und e), Abs. 2 und 3, Art. 9 Abs. 2 Buchst. a) DSGVO.

Ihre Daten können vom Bezirk Oberfranken im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung gem. §§ 67d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z. B. an andere Sozialleistungsträger i. S. d. § 35 SGB I, Gerichte, Strafverfolgungsbehörden, Haftpflichtversicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet (§§ 121 ff. SGB XII).

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben (Art. 17 DSGVO, § 84 SGB X) für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:

Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO, § 83 SGB X).

Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen das Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO, § 84 SGB X).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO, § 84 SGB X).

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, stehen Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft der Bezirk Oberfranken, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Die Datenschutzbeauftragte des Bezirks Oberfranken erreichen Sie unter folgender Telefonnummer: 0921 7846-3400 oder über folgende E-Mail-Adresse: datenschutz@bezirk-oberfranken.de

Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz, Postfach 22 12 19, 80502 München (E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de).

Beiblatt zum Antrag auf Gewährung von Hilfe nach dem SGB IX/SGB XII/BVG

Übernahme der Unterkunftskosten wird für folgenden Wohnraum beantragt

Art der Unterkunft	Wohnung zur Miete			Haus/Eigentumswohnung	
Straße, Hausnummer					
PLZ, Ort					
Anzahl der Zimmer		Wohnfläche			m ²

Folgende Personen wohnen außer mir in der angegebenen Unterkunft

Vor- und Nachname	
Vor- und Nachname	
Vor- und Nachname	

Höhe der Unterkunftskosten (Bitte Mietvertrag **und** letzte Betriebskostenabrechnung in Kopie beifügen!)

mtl. Gesamtmiete	
davon Kaltmiete	
davon Nebenkosten (außer Heizkosten)	
Heizungsart (z. B. Gas, Zentralheizung, Strom)	
mtl. Heizkosten	
Warmwasserbereitung durch	Gastherme/Etagenheizung Elektroboiler Zentralheizung/Fernwärme
Garage/Stellplatz	
Kabelfernsehen	
Sonstiges	

Anspruch auf Wohngeld

Wohngeld	Ich habe Wohngeld beantragt (bitte Bescheid nach Erhalt übersenden) Ein Wohngeldantrag wurde zuletzt nicht gestellt.
----------	---

Bankverbindung

Die Unterkunftskosten soll auf	mein Konto überwiesen werden. das Konto meines Vermieters überwiesen werden.
Kontoinhaber	
Geldinstitut	
IBAN	
BIC	

Ort, Datum

Unterschrift